



## **La colaboración de curación equina Paquete de admisión grupal**

¡Hola y bienvenido a The Equine Healing Collaborative! Nos complace que se una a nuestro grupo de terapia y esperamos que su tiempo aquí pueda ayudarlo a crear nuevas experiencias que lo ayudarán a medida que avanza con cualquier desafío que pueda enfrentar. En Equine Healing Collaborative pasaremos tiempo con usted y esperamos que encuentre, como lo hemos hecho nosotros, el poder curativo de la psicoterapia asistida por equinos consciente. Independientemente de su nivel de comodidad o experiencia con los caballos, hemos descubierto que los caballos pueden ser útiles en casi cualquier situación.

Tenemos formularios para que usted los firme y le proporcionaremos el Aviso de prácticas de privacidad de Equine Healing Collaborative. Los formularios que necesitaremos incluyen:

- Consentimiento para el tratamiento
- Consentimiento de pago
- Firma de que recibió aviso de prácticas de privacidad
- Acuerdo de médico sin licencia (si es necesario)
- Liberación de responsabilidad

Se le pedirá que firme copias y las traiga a su primera sesión. Rellénelos lo mejor que pueda y lo guiaremos si es necesario. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a estos formularios, comuníquese con:

Jennifer Fenton LMFT @ 831-582-1017.

Atentamente,  
El personal colaborativo de curación equina

nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento informado para psicoterapia asistida con equinos**

¡Bienvenido a The Equine Healing Collaborative! Esperamos que encuentre curación en su trabajo con nosotros y su socio equino. En nuestro programa no se monta a caballo y todo el trabajo se realiza en tierra. Este documento contiene información importante sobre nuestros servicios y políticas comerciales. También contiene información resumida sobre la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), una ley federal que brinda protección de la privacidad y derechos de los pacientes sobre el uso y divulgación de su Información médica protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y atención médica. operaciones de atención. Aunque estos documentos son largos y a veces complejos, es muy importante que los comprenda. Cuando firme este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos discutir cualquier pregunta que tenga cuando los firme o en cualquier momento en el futuro.

### **PSICOTERAPIA ASISTIDA CON EQUINOS (EAP)**

EAP es una relación entre individuos y equinos que funciona en parte debido a los derechos y responsabilidades claramente definidos de cada persona. Como cliente de EAP, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que es importante que comprenda. También existen limitaciones legales a esos derechos que usted debe tener en cuenta. Yo, como su terapeuta, tengo las responsabilidades correspondientes hacia usted. Estos derechos y responsabilidades se describen en las siguientes secciones.

La psicoterapia asistida con equinos conlleva ciertos riesgos. Aunque se han hecho todos los esfuerzos posibles para garantizar que nuestros equinos estén seguros cerca de los individuos, son animales de presa grandes y, si se sienten amenazados o atrapados, intentarán escapar de esa amenaza (el escape puede incluir tirar, correr, patear, saltar o morder). Es imperativo que use ropa adecuada (jeans y zapatos cerrados y resistentes) en cada sesión. Si en algún momento cree que su compañero equino amenaza su seguridad, háganoslo saber. Dos áreas básicas a evitar son pararse directamente delante o detrás de su compañero equino. Nuestros médicos y jinetes le recordarán estas reglas de seguridad si es necesario.

Equine Healing Collaborative depende de la generosa asignación de espacio de 2 instalaciones de internado públicas, Flying Pig Ranch y Deerhorn Ranch, además de la ubicación principal de EHC en Bella Tierra Ranch. Hay miembros del público en la propiedad en varios momentos durante el día. Los médicos harán todo lo posible para proteger su sesión asegurándose de que su sesión de terapia se lleve a cabo lejos del entorno del granero; sin embargo, los miembros del granero tienen acceso gratuito a todas las partes de la propiedad. En el caso de que otro miembro del granero se acerque a su sesión, suspenderemos la sesión temporalmente y la reanudaremos una vez que consideremos que se puede garantizar su confidencialidad.

EAP tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de EAP puede requerir discutir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la EAP tiene beneficios para las personas que la realizan. La EAP a menudo conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y percepción personal, mayores habilidades para manejar el estrés y soluciones

a problemas específicos. Pero no hay garantías sobre lo que sucederá. EAP requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, tendrás que trabajar en las cosas que discutimos fuera de las sesiones.

EAP es un tipo de terapia basada en la fuerza. La primera sesión implicará una evaluación de sus necesidades, seguida de un plan de tratamiento en el que aceptaremos el objetivo de EAP. Debe evaluar esta información y hacer su propia evaluación sobre si se siente cómodo trabajando con The Equine Healing Collaborative. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, discútalas cuando surjan. Equine Healing Collaborative le proporcionará al menos tres referencias si desea continuar la psicoterapia al terminar con nosotros y lo alentamos a continuar su viaje hacia la curación.

### **SESIONES**

Las sesiones normalmente tendrán una duración de 90 a 120 minutos, una vez por semana, durante el transcurso de 8 semanas en un momento determinado por el médico principal. El tiempo programado para tu sesión se asigna a todos los miembros de tu grupo. Si no puede asistir a una sesión, no habrá una sesión de recuperación disponible debido a la naturaleza del entorno grupal. Le solicitamos que notifique al médico principal un mínimo de 2 horas antes de la sesión programada si no puede asistir para que no haya demoras en la gestión del grupo para los participantes que están presentes. Además, usted es responsable de llegar a tiempo a su sesión; Si llega tarde, su sesión deberá finalizar a tiempo. Para las sesiones de grupo abierto en curso, no se requiere notificación de participación después de la primera sesión. Los horarios y días de los grupos pueden cambiar según la necesidad.

### **TARIFAS DE EHC**

Equine Healing Collaborative es una organización sin fines de lucro y ofrecemos nuestros servicios por una tarifa de escala móvil (consulte la tabla de tarifas de escala móvil), Medi-Cal/Beacon, becas, víctimas de delitos; sin embargo, no se le rechazará en función de su capacidad de pago. Hable sobre su capacidad de pago con su médico. La cantidad total de tratamiento dependerá de la cantidad de sesiones necesarias, la cantidad de sesiones necesarias se desconoce al inicio del tratamiento y se basará en sus necesidades, preferencias y progreso realizado en el tratamiento. La firma de este documento incluye el entendimiento de que le hemos proporcionado una “estimación de buena fe” de los costos para usted. Su médico analizará los costos para usted, ingresará todos los pagos cobrados en nuestro registro médico electrónico y mantendrá abiertas líneas de comunicación con usted con respecto al pago.

### **EXPEDIENTES PROFESIONALES**

Estamos obligados a mantener registros adecuados de los servicios psicológicos que brindamos. Sus registros se mantienen a través de un registro médico electrónico. Mantenemos registros breves que indican que usted estuvo aquí, sus motivos para buscar terapia, los objetivos y el progreso que establecimos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas que discutimos, su historial médico, social y de tratamiento, los registros que recibimos de otros proveedores, copias de registros que enviamos a otros y sus registros de donaciones. Puede tener acceso a sus registros en cualquier momento; En caso de que desee obtener estos registros, comuníquese con Jennifer Fenton LMFT, por escrito en [theequinehealingcollaborative@gmail.com](mailto:theequinehealingcollaborative@gmail.com)

## **CONFIDENCIALIDAD**

Nuestras políticas sobre confidencialidad, así como otra información sobre sus derechos de privacidad, se describen detalladamente en un documento separado titulado Aviso de prácticas de privacidad. Se le ha proporcionado una copia de ese documento y hemos discutido esos temas. Recuerde que puede reabrir la conversación en cualquier momento durante nuestro trabajo conjunto.

## **CONFIDENCIALIDAD DEL GRUPO**

Tiene derecho a la confidencialidad y privacidad por parte de los líderes del grupo y otros miembros del grupo. La confidencialidad dentro del entorno del grupo es una responsabilidad compartida de todos los miembros y líderes. Si bien los líderes del grupo no pueden revelar ninguna comunicación o información de los clientes excepto lo dispuesto por la ley, las comunicaciones de los miembros del grupo no están protegidas. Como tal, la confidencialidad dentro del entorno grupal a menudo se basa en la confianza y el respeto mutuos.

Como miembro de este grupo, acepto no revelar a nadie fuera del grupo ninguna información que pueda ayudar a identificar a otro miembro del grupo. Esto incluye, entre otros, nombres, descripciones físicas, información biológica y detalles específicos del contenido de las interacciones con otros miembros del grupo.

## **PADRES Y MENORES**

Si bien la privacidad en la terapia es crucial para un progreso exitoso, la participación de los padres también puede ser esencial. Para el tratamiento de niños, solicitamos un acuerdo entre el cliente y los padres que nos permita compartir información general sobre el progreso y la asistencia al tratamiento, así como un resumen del tratamiento al finalizar la terapia si cualquiera de las partes lo solicita. Cualquier otra comunicación requerirá el acuerdo del niño, a menos que consideremos que existe un problema de seguridad, en cuyo caso haremos todo lo posible para notificar al niño nuestra intención de revelar información con anticipación y haremos todo lo posible para manejar cualquier objeción que surja.

## **CONTACTARNOS**

A menudo no estamos disponibles inmediatamente por teléfono. No contestamos el teléfono cuando estamos con clientes o no estamos disponibles de otro modo. En estos momentos, puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz confidencial y le devolveremos la llamada lo antes posible, pero puede tomar uno o dos días para asuntos que no sean urgentes. Si, por cualquier número de razones invisibles, no recibe noticias nuestras o no podemos comunicarnos con usted, y siente que no puede esperar a que le devuelvan la llamada o si se siente incapaz de mantenerse a salvo, 1) comuníquese con el equipo de crisis al Natividad Medical Center 831-755-4111 (pida hablar con el equipo de crisis), 2) vaya a la sala de emergencias de su hospital local, o 3) llame al 911 y pida hablar con un oficial capacitado en CIT (estos son oficiales de policía capacitados para lidiar con emergencias de salud mental). Haremos todo lo posible para informarle con anticipación sobre las ausencias planificadas y le proporcionaremos el nombre y número de teléfono del profesional de salud mental que cubre nuestra práctica.

## **SESIONES DE GRABACIÓN**

El Estado de California no permite la grabación de interacciones confidenciales con el consentimiento de ambas partes presentes. Se ca. Código Penal 632 Esta ley se aplica cuando un individuo tiene una

expectativa objetivamente razonable de confidencialidad. El personal de EHC puede solicitar grabar toda o parte de una sesión de terapia con fines educativos y mantendrá un aire de transparencia al grabar. Todos los acuerdos para grabar sesiones se documentarán en nuestro registro médico electrónico.

### **OTROS DERECHOS**

Si no está satisfecho con lo que está sucediendo en EAP, esperamos que hable con nosotros para que podamos responder a sus inquietudes. Estos comentarios se tomarán en serio y se manejarán con cuidado y respeto. También puede solicitar que lo remitamos a otro terapeuta y somos libres de finalizar la terapia en cualquier momento. Usted tiene derecho a una atención considerada, segura y respetuosa, sin discriminación por motivos de raza, etnia, color, género, orientación sexual, edad, religión, origen nacional o fuente de pago. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la terapia y sobre mi formación y experiencia específicas.

### **CONSENTIMIENTO PARA PSICOTERAPIA**

Su firma a continuación indica que ha leído este Acuerdo y el Aviso de prácticas de privacidad y acepta sus términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (menor de 18 años)

\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)  
Nombre impreso del cliente o tutor (relación)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente (menor de 18 años)

Fecha \_\_\_\_\_

### Opciones de pago de EHC

Aquí en Equine Healing Collaborative, creemos en la construcción de comunidades e individuos más fuertes mediante el uso de la psicoterapia equina. Para garantizar que nadie sea rechazado, hemos creado un formulario con opciones de pago para que las personas puedan participar en el tratamiento sin preocuparse por el costo. Marque la casilla a continuación para informar a su médico cómo le gustaría pagar.

#### Hay varias formas de pagar:

**Escala móvil:** marque la línea que sea más consistente con su ingreso neto y vea cuánto costará cada sesión de EAP (encierre en un círculo el costo a continuación). Si elige la opción de escala móvil, se aceptarán pagos mediante tarjeta de crédito, efectivo o cheque.

**Superbill:** Usted le paga a su médico por adelantado y su médico le proporcionará una "Superbill" para entregársela a su compañía de seguros para su reembolso.

**Beca:** hable con su médico.

**Medi-Cal/Beacon/Carelon/Central Coast Alliance:** proporcione la información del seguro y el número a continuación y le facturaremos directamente su sesión.

**Tenga en cuenta:** es su responsabilidad notificar a su médico sobre cualquier cambio en el seguro o en la información de pago lo antes posible para evitar una factura elevada por los servicios.

Ingreso mensual neto	Costo por sesión / 8 semanas
0.00 to 5000.00	40.00/320.00 total
5000.00 to 6500.00	60.00/480.00 total
6500.00 to 75000.00	70.00/560.00 total
75000.00 to 8500.00	80.00/640.00 total
8500.00 to 9500.00	90.00/720.00 total
95000.00 and above	100.00/800.00
Grupos abiertos	Costo basado en la tarifa de ese grupo.

#### Información del seguro

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_

## Información de tarjeta de crédito

Numero de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código de area: \_\_\_\_\_

Código de Seguridad de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Firma que autoriza el uso de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

**Nota:** Para los clientes que pagan en efectivo, se cargará a su tarjeta de crédito el monto acordado después de cada sesión grupal, y su tarjeta se guardará de forma segura en su registro médico electrónico, hasta que notifique a su terapeuta sobre cualquier cambio necesario para el pago. Si el EHC tiene un problema con la facturación por algún motivo, el terapeuta se comunicará con el cliente o su tutor para notificarles la situación.

---

## Información del cliente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código de area: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico preferida: \_\_\_\_\_

(Si es menor de 18 años) Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

(Si es menor de 18 años) Número de teléfono del tutor: \_\_\_\_\_

## Aviso de Prácticas de Privacidad de The Equine Healing Collaborative

Su información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

### Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico de papel o electrónico
- Corregir este registro médico electrónico o de papel
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedir limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted y su bienestar
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

### Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que podemos usar y compartir su información su al:

- Comunicarle a su familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar alivio de desastres
- Incluirlo en un directorio del hospital
- Proporcionar cuidado de la salud mental
- Mercadeo de nuestros servicios y venta de su información
- Recaudación de fondos

### Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información, al:

- Darle tratamiento
- Operar nuestra organización
- Cobrar por sus servicios
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Realizar investigaciones científicas
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeral
- Satisfacer indemnizaciones por accidentes laborales, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### Solicitar que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitar que corrijamos su información de salud que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

#### Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### Obtenga una lista de aquellos con quienes compartimos información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

#### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elija a alguien para que actúe en su nombre**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si**

- Si cree que hemos violado sus derechos comuníquese con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Sus opciones**

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio del hospital

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Compartimiento de las notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente .

### **Nuestros usos y divulgaciones**

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

#### **Para Tratarlo**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### **Administrar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

#### **Facturar por sus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

#### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación científica. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Ayuda con problemas de seguridad y salud pública**

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos
- Informe de reacciones adversas a medicamentos
- Informe de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad

#### **Investigue**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

#### **Cumplimiento de la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

#### **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

#### **Satisfacer la indemnizaciones por accidentes laborales, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de indemnizaciones por accidentes laborales
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley

- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

**Responder a demandas y acciones legales.**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido y en nuestro sitio web. Al firmar a continuación, reconoce que ha leído y comprende los Términos de este Aviso.

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

(Relación) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (Fecha de vigencia) \_\_\_\_\_

**Autorización de The Equine Healing Collaborative para el uso/intercambio y/o divulgación de información confidencial de salud mental**



Al completar este documento usted autoriza la revelación de información confidencial de la salud mental de usted o su hijo. Es importante que complete este documento si desea autorizar a The Equine Healing Collaborative a usar, divulgar o intercambiar información médica confidencial sobre usted o su hijo.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombreo representante legal) por la presente autorizo a The Equine Healing Collaborative a divulgar información confidencial sobre mí/mi hijo a la siguiente persona/entidad.

\_\_\_\_\_ (nombre de la persona o entidad), para los siguientes fines:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta autorización vence 90 días después de que finalice mi tratamiento o el de mi hijo o cuando ya no haya necesidad de acceso por parte de los proveedores de tratamiento de The Equine Healing Collaborative, lo que sea antes.

Puedo negarme a firmar esta autorización. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que permita el uso o la divulgación.

Puedo revocar la autorización en cualquier momento, ya sea por escrito o informando verbalmente a mi terapeuta de The Equine Healing Collaborative. Mi revocación entrará en vigencia al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta Autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información utilizada, intercambiada y divulgada de conformidad con esta autorización no será divulgada nuevamente por ningún usuario o destinatario, excepto según lo requiera o permita la ley.

Terapeuta de EHC \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

Nombre del Guardián \_\_\_\_\_

Firma del guardián legal \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

## **Liberación de responsabilidad de The Equine Healing Collaborative**

A cambio de la participación en la actividad de Psicoterapia Asistida por Equinos usando atención plena organizada por The Equine Healing Collaborative LLC y/o uso de la propiedad Vista Nadura (8767 Carmel Valley Road, Carmel, CA 93923), Flying Pig Ranch (10101 Equestrian Place, Salinas, CA 93907) y Divine Equine Therapy (505 Alfadel Lane, Soquel, CA 95073) todos los animales y el personal de The Equine Healing Collaborative, servicios de The Equine Healing Collaborative LLC, acepto para mí y, si corresponde, para los miembros de mi familia lo siguiente:

**Consentimiento a seguir instrucciones.** Estoy de acuerdo en observar y obedecer todas las reglas y advertencias publicadas, y también estoy de acuerdo en seguir las instrucciones orales dadas por el personal, los agentes y/o los voluntarios de The Equine Healing Collaborative.

**Asunción de los riesgos y liberación.** Reconozco que existen riesgos asociados con la actividad descrita anteriormente y asumo toda la responsabilidad por lesiones personales a mí y (si corresponde) a los miembros de mi familia, y además libero y descargo a The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy, Flying Pig Ranch y sus propietarios y operadores, pérdida o daño que surja del uso o la presencia mía o de mi familia en las instalaciones utilizadas por The Equine Healing Collaborative LLC, ya sea causado por mi culpa, mi familia, The Equine Healing Collaborative LLC o cualquiera de los equinos de The Equine Healing Collaborative.

**Indemnización.** Acepto indemnizar y defender a The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Flying Pig Ranch y Divine Equine Therapy contra todos los reclamos, causas de acción, daños, juicios, costos o gastos, incluidos los honorarios de abogados y otros costos de litigio, que puedan surgir por el uso o la presencia mía o de mi familia en las instalaciones de The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy.

**Honorarios.** Acepto pagar todos los daños a las instalaciones de la propiedad de The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy, Flying Pig Ranch causados por cualquier acción negligente, imprudente o deliberada por parte mía o de mi familia.

**Consentimiento.** Yo, \_\_\_\_\_ (nombre),  
\_\_\_\_\_ (nombre del niño), doy consentimiento en la participación mía y/o del niño en la actividad de Psicoterapia Asistida por Equinos usando atención plena y/o Curso de Empatía, y acepto, en nombre del menor, todas los términos y condiciones de este acuerdo. Al firmar esta Liberación de Responsabilidad, declaro que tengo la autoridad legal y la custodia de \_\_\_\_\_ (nombre del niño).

**Autorización Médica.** En el caso de una lesión que el participante y/o el menor mencionado sufran durante las actividades descritas anteriormente, doy mi permiso a The Equine Healing Collaborative LLC, o a los empleados, voluntarios u otro representante para que coordine todo el tratamiento médico necesario del cual estaré económicamente totalmente responsable. Esta autorización temporal comenzará el \_\_\_\_\_ (fecha de hoy) y permanecerá vigente durante la duración de mi presencia en el programa de The Equine Healing Collaborative. The Equine Healing Collaborative LLC tendrá las siguientes facultades:

- a. El poder de buscar el tratamiento o la atención médica adecuada en mi nombre o en el de mi hijo, según lo requieran las circunstancias, incluidas, entre otras, las de un médico con licencia y/o un hospital;
- b. El poder de autorizar tratamientos médicos o procedimientos médicos en una situación de emergencia; y
- c. El poder de tomar decisiones apropiadas con respecto a la vestimenta, la alimentación corporal y la vivienda.

**Ley aplicable.** Cualquier reclamo legal o equitativo que pueda surgir de la participación en lo anterior se resolverá bajo la Ley de California.

**Sin coacción.** Acepto y reconozco que no estoy bajo presión ni fuerza para firmar este acuerdo y que se me ha dado una oportunidad razonable para revisarlo antes de firmarlo. Además, acepto y reconozco que soy libre de que mi propio asesor legal revise este acuerdo si así lo deseo.

**Arbitraje.** Cualquier controversia o reclamo que surja de este contrato o se relacione con él, o su incumplimiento, se resolverá mediante arbitraje administrado por la Asociación Estadounidense de Arbitraje de conformidad con sus Reglas de arbitraje comercial, y el fallo sobre el laudo dictado por el o los árbitros puede presentarse en cualquier tribunal que tenga jurisdicción sobre el mismo.

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ (Número de teléfono) \_\_\_\_\_

## Waver terapeuta sin licencia



The Equine Healing Collaborative utiliza terapeutas clínicos sin licencia que están en el proceso de completar sus requisitos para la licencia y otro personal que no es elegible para la licencia. Estos médicos han recibido la autorización del Departamento de Salud Mental del Estado de California para brindar servicios de salud mental. Todos los médicos sin licencia trabajan bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. A continuación se incluye el nombre del médico sin licencia que le brindará servicios a usted, al niño (o tutor) y/oa su familia. El nombre del profesional de salud mental con licencia que supervisará a su médico también se indica a

continuación. Por favor llame al médico licenciado supervisor si tiene alguna pregunta sobre este arreglo. Su firma a continuación indica que ha sido informado de este acuerdo y que acepta recibir servicios de un médico supervisado sin licencia.

Nombre del Cliente / Firma \_\_\_\_\_

Padre o Guardián Legal / Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de el/la terapeuta \_\_\_\_\_

Supervisora clínica Jennifer Fenton LMFT 51078

Número de teléfono 831-582-1017

## Por favor ponga sus iniciales a continuación

Instrucciones para su primera sesión grupal:

- Llegue a tiempo o 15 minutos antes si no puede imprimir la documentación con anticipación.
- Estacione en el área de estacionamiento para huéspedes y quédese junto a su automóvil hasta que su médico venga a recibirlo.
  - Si necesita el paquete de admisión a su llegada, envíe un mensaje de texto al número de teléfono celular de su médico para informarle que ha llegado y necesita la documentación.
- Todos los menores necesitarán que al menos 1 padre o tutor esté con ellos durante la primera mitad de la admisión para revisar la documentación.

**Inicial** \_\_\_\_\_

Reglas del sitio:

- Todas las mascotas personales deben permanecer en su vehículo en todo momento por su seguridad.
- No fumar en la propiedad de ningún tipo, incluido el vapeo.
- Todos los huéspedes deben permanecer en sus autos o en el área de estacionamiento.
- No se pueden tomar fotografías ni videos de los clientes a menos que hayan dado permiso y se encuentren en el área del estacionamiento para su privacidad y la privacidad de los demás.

**Inicial** \_\_\_\_\_

Direcciones y direcciones:

- Dirección postal: PO Box 1087, Monterey, CA 93942
- Bella Tierra Ranch (sitio principal): 902 Monterey Salinas Highway, Salinas CA 93908
  - Al llegar desde Salinas, pase el rancho y gire en Pasadera/Boots Rd. luz de freno. NO GIRE A LA IZQUIERDA A TRAVÉS DEL TRÁFICO para ingresar a la propiedad. Ingrese a la propiedad por el lado derecho debajo del arco rojo.
  - Al llegar desde Monterey, pase Passadera/Boots Rd. semáforo y la entrada estará a la derecha debajo del arco rojo.
- Rancho Deerhorn (Felton): 160 Deerhorn Ln, Felton, CA 95018
  - Gire a la izquierda en Deerhorn Lane desde E Zayante Rd, pase donde muestra Google Maps y verá la entrada a mano izquierda. Busque la valla blanca.
- Rancho Flying Pig (Prundale): 10101 Equestrian Place, Salinas, CA 93907
  - Si llega desde 101 norte, tome Reese Rd. hasta Blackie Road. Gire a la izquierda en Equestrian Estates. Última casa en la calle sin salida de Equestrian Place.
  - Al llegar desde Castroville, tome Blackie Road y luego gire a la derecha en fincas ecuestres. Última casa en la calle sin salida de Equestrian Place.

**Todos los sitios son solo con cita previa y las casas en las 3 propiedades son privadas y solo para empleados. Prohibida la entrada en ningún momento.**